

Conductas de riesgo relacionadas con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en los adolescentes escolarizados en Cataluña

M. Miret / A. Rodés / G. Valverde¹ / M. Geli² / J. Casabona

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya

¹ ACTUA, Barcelona. ² Associació Comunitària Anti-SIDA de Girona (ACAS), Girona.

Correspondencia: Dra. Anna Rodés Monegal. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya. Carretera del Canyet, s/n. 08916 Badalona.

Este trabajo ha sido financiado por el Pla Sanitari de la Sida del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Recibido: 15 de mayo de 1995

Aceptado: 23 de octubre de 1996

(Risk behaviours related to human immunodeficiency virus infection among adolescent schoolars in Catalonia, Spain)

Resumen

Objetivo. Determinar la prevalencia de las conductas de riesgo de contagio del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los adolescentes escolarizados y su asociación con los conocimientos, las actitudes y la percepción de riesgo en relación con la infección.

Sujetos y métodos. En el curso 1992-93 se administró un cuestionario a los alumnos de una muestra de conveniencia de 30 clases, previamente a una intervención educativa en SIDA.

Resultados. Se analizaron 1.213 cuestionarios de individuos de 12 a 21 años (edad media de 16 años). Un 61,6% de la muestra eran chicas. El consumo de drogas que disminuyen la capacidad de evitar situaciones de riesgo era frecuente (alcohol: 61,7% y hachís: 11,6%). Un 18,5% de los encuestados eran sexualmente activos, y un 18,1% de éstos había tenido relaciones sexuales con al menos una pareja desconocida en el último año. Un 3,7% y un 9,8% de los varones sexualmente activos, respectivamente, había tenido relaciones coitales con varones, o con prostitutas. El 51,3% declaraba usar siempre el preservativo. Los conocimientos y la percepción de riesgo no estaban relacionados con las conductas de riesgo, mientras que las actitudes menos positivas (hacia la información sobre el SIDA y hacia los infectados por el VIH) se asociaban con haber tenido parejas con alto riesgo potencial; asimismo, una actitud positiva hacia los preservativos se asociaba con una mayor frecuencia de uso de los mismos.

Conclusiones. Cerca del 20% de los adolescentes escolarizados son sexualmente activos y sólo la mitad de ellos usa el preservativo siempre. Esto sitúa la actividad heterosexual como la vía potencial más importante de transmisión del VIH en este colectivo.

Palabras clave: Adolescencia. Virus de la inmunodeficiencia humana. SIDA. Conductas de riesgo.

Summary

Objective. To determine the prevalence of HIV-risk behaviours among high-school adolescents, and the association with HIV-related knowledge, attitudes and risk perception.

Subjects and methods. In 1992-93 a questionnaire was administered to the students of a convenience sample of 30 classes, previously to an AIDS education intervention.

Results. 1,213 questionnaires corresponding to 12 to 21 years-old respondents were analyzed. The mean age of the sample was 16 years and 61,6% were females. The use of drugs inhibiting the capacity to avoid risk situations was frequent (alcohol: 61.7% and hashish: 11.6%). 18.5% of the respondents were sexually active, of whom 18.1% reported at least one unknown sexual partner during the former year. 3.7% and 9.8% of the sexually active males reported a sexual intercourse with a male or with a prostitute, respectively. Condoms were consistently used by 51.3% of the sexually active students. Knowledge and risk perception were not related to risk behaviours, whereas less positive attitudes towards AIDS information and the HIV-infected were associated with having had intercourse with a high risk partner, and a positive attitude towards condoms was related to consistent use.

Conclusions. Nearly 20% of school teenagers are sexually active and only half of these always use condoms. This places heterosexual activity as the main potential route for HIV-transmission in this group.

Key words: Adolescence. Human immunodeficiency virus. AIDS. Risk behaviours.

Introducción

Hasta junio de 1994 se declararon 6.197 casos de SIDA en Cataluña, 39% de los cuales tenían entre 20 y 29 años en el momento del diagnóstico¹. Teniendo en cuenta que el período de incubación de la enfermedad se estima en unos 10 años, estos individuos se infectaron durante la adolescencia. A partir de 1988 el SIDA se ha convertido en la segunda causa de muerte en Cataluña entre los 20 y 29 años, después de los accidentes de tráfico, y la primera entre los 20 y 39 años². El SIDA se convirtió en 1992 en la segunda causa en varones, y la primera en mujeres de 13 a 65 años, de años potenciales de vida perdidos (APVP)³, agravando una situación demográfica ya problemática debido al envejecimiento de la población.

Si bien los adolescentes no son un colectivo homogéneo en cuanto a conductas de riesgo para la salud, la adolescencia es un período de la vida en el que es relativamente frecuente la experimentación sexual y de sustancias tóxicas, experimentación que a menudo tiene lugar antes de que el individuo haya adquirido las habilidades necesarias para evitar el contagio del SIDA. Asimismo, el cérvix uterino de las adolescentes es más susceptible a las enfermedades de transmisión sexual, lo que constituye un factor de riesgo añadido para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)^{4,5}. Disponemos de algunos indicadores indirectos de las conductas de riesgo para la infección por el VIH entre los adolescentes de Cataluña: en 1993 el 12% de las mujeres que abortaron eran menores de 20 años⁶ y un 62% de los individuos admitidos a tratamiento en la Red de Atención a las Drogodependencias en 1993 eran menores de 20 años cuando iniciaron el consumo de la droga principal⁷. El consumo de alcohol, que se ha asociado a una mayor desinhibición sexual y a un menor uso de preservativos⁸⁻¹⁰ es muy frecuente entre los jóvenes, habiéndose encontrado en nuestro medio que entre un 17 y un 25% de los adolescentes se habían emborrachado al menos una vez, y que las actitudes favorables hacia el alcohol aumentaban con la edad^{11,12}.

En Estados Unidos, al final de la década de los 80 se evidenció entre los adolescentes un aumento de los conocimientos sobre la transmisión del VIH, simultáneamente con una reducción de los niveles de uso de drogas inyectadas y de las conductas sexuales de riesgo¹³. Sin embargo, la mayoría de adolescentes sexualmente activos no utilizaba preservativos, a pesar de tener buenos conocimientos sobre la transmisión del VIH. Otros predictores de las conductas de riesgo de transmisión del VIH que se han investigado y que se relacionan con el uso de preservativos son la creencia de que los preservativos son eficaces para prevenir la transmisión del VIH, las actitudes favorables hacia

los preservativos, las creencias sobre el embarazo, sobre otras enfermedades de transmisión sexual y sobre la aceptabilidad social del preservativo, las creencias sobre las preferencias de la pareja y del grupo de iguales, la percepción del riesgo de infectarse, y el consumo de alcohol y de marihuana^{10,13}.

En el presente estudio se documenta la prevalencia de las conductas de riesgo en relación a la infección por VIH en adolescentes catalanes escolarizados, y se analizan las asociaciones entre estas conductas y el sexo, la edad y la percepción de riesgo personal de contagio del VIH, y las actitudes y los conocimientos relacionados con el SIDA.

Sujetos y métodos

Muestra

En el curso 1992-93, dos organizaciones no gubernamentales (una en la provincia de Girona y otra en la provincia de Barcelona) ofrecieron llevar a cabo una intervención educativa sobre SIDA de una hora de duración. En Girona la propuesta se hizo directamente a todos los centros de enseñanza pública en la provincia, mientras que en la provincia de Barcelona la propuesta se realizó al profesorado asistente a una sesión piloto de formación en SIDA para enseñantes de secundaria. La intervención se llevó a cabo en un total de 15 centros educativos públicos, en horas lectivas y sin aviso previo a los alumnos. Antes de la intervención se solicitó a los alumnos asistentes a clase el día de la intervención la cumplimentación voluntaria de un cuestionario.

Cuestionario

Se trata de una adaptación traducida al catalán de un cuestionario anónimo, autoadministrado y de respuestas cerradas, desarrollado por la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia¹⁴, que incluye un total de 116 preguntas sobre datos demográficos, conocimientos sobre la infección por VIH, su transmisión y su prevención, actitudes relacionadas con la infección por VIH, percepción de riesgo de infección, consumo de drogas y conductas sexuales.

Análisis

Se incluyeron en el análisis los individuos de edades comprendidas entre los 12 y los 21 años. Las variables cualitativas se analizaron mediante comparación de proporciones con la prueba del chi-cuadrado, o con la prueba exacta de Fisher cuando aquélla no era apli-

cable. Para las variables cuantitativas se utilizó la prueba de la *t* de Student estimada con la varianza conjunta o separada, según hubiera o no homoscedasticidad, y el análisis de la varianza con la prueba de comparaciones parciales de Duncan. Para facilitar el análisis se creó una puntuación global de conocimientos y una de actitudes. La escala de conocimientos constaba de 31 preguntas puntuadas como uno si eran acertadas o cero las restantes, siendo el coeficiente de fiabilidad α de Cronbach de 0,71¹⁵. La escala de actitudes constaba de 10 preguntas a las que se asignó un valor entre uno y cinco, siendo cinco el valor que correspondía a la actitud más positiva, entendiendo por más positivas las actitudes de deseo de información sobre el SIDA, de creer que el SIDA no es exclusivo de colectivos específicos, de no discriminar a las personas infectadas y de creer que el condón no es aburrido. El coeficiente de Cronbach de la escala de actitudes era de 0,71. Se crearon tres grupos de edad con un número similar de individuos: 12-15 años, 16 años y 17-21 años. Se tomó 0,05 como valor de referencia para la significación estadística.

Resultados

La tasa de retorno de cuestionarios fue del 100%. De los 1.235 cuestionarios recogidos se analizaron 1.213 (el 98%) correspondientes a individuos de 12 a 21 años. La edad media de la muestra era de 16,15 años (desviación estándar = 1,47), con una mayor representa-

ción de mujeres (61,6%). No hubo diferencia estadísticamente significativa de edad según el sexo.

Hábitos tóxicos

El consumo actual de diferentes drogas se determinó con la pregunta sobre uso de drogas en el último mes. En la tabla 1 se observa que, para la mayoría de drogas consideradas, una amplia mayoría de encuestados no las había probado nunca. En cambio, un 61,7% había consumido alcohol en el último mes.

En el análisis del consumo de drogas al menos una vez en el último mes en función del sexo, se observó que estaba más extendido entre los varones el consumo de hachís (16,3% de los varones vs 9,4% de las chicas; $p < 0,001$), de alcohol (68% de los varones vs 61% de las chicas, $p < 0,001$), de «pastillas» (4,4% de los varones vs 1% de las chicas; $p < 0,001$) y de cocaína (2,1% de los varones vs 0,3% de las chicas; $p = 0,004$). La edad media de los usuarios actuales de hachís ($p < 0,0001$), otras drogas fumadas ($p = 0,009$) y alcohol ($p < 0,0001$) era superior a la de los alumnos que no habían probado dichas drogas en el último mes.

Conducta sexual

De los 1.141 alumnos que contestaron a las dos preguntas sobre relaciones sexuales coitales hetero y homosexuales alguna vez en la vida, un 81,5% declaró no haber tenido relaciones sexuales, un 18% las había

Tabla 1. Alumnos que han consumido drogas en el último mes según la frecuencia de consumo

Tipo de droga	Muy frecuentemente	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca	No contesta
Hachís	21 1,7%	37 3,1%	82 6,8%	1.042 85,9%	31 2,6%
Fumado otras drogas	8 0,7%	20 1,6%	69 5,7%	1.076 88,7%	40 3,3%
Alcohol	76 6,3%	203 16,7%	470 38,7%	433 35,7%	31 2,6%
«Pastillas»	1 0,1%	4 0,3%	21 1,7%	1.147 94,6%	40 3,3%
Cocaína	0 0	2 0,2%	9 0,7%	1.166 96,1%	36 3,0%
Injectarse sin compartir la aguja o jeringuillas	0 0%	1 0,1%	1 0,1%	1.176 96,9%	35 2,9%
Injectarse compartiendo la aguja o jeringuillas	0 0%	0 0%	1 0,1%	1.176 96,9%	36 3,0%

Tabla 2. Frecuencia de relaciones coitales hetero y homosexuales alguna vez en la vida

Relaciones coitales	Muy frecuentemente	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca	No contesta
Heterosexuales	43 3,5%	59 4,9%	116 9,6%	960 79,1%	35 2,9%
Homosexuales	3 0,2%	3 0,2%	2 0,2%	1.153 95,1%	52 4,3%

tenido exclusivamente heterosexuales, menos de un 0,1% exclusivamente homosexuales y un 0,4% las había tenido bisexuales. La actividad hetero y homosexual de los alumnos se presenta en la tabla 2.

La actividad heterosexual, definida por los antecedentes de al menos una relación coital heterosexual en la vida, no se asoció con el género en ningún grupo de edad. La edad media de los individuos sexualmente activos fue superior a la de los sexualmente inactivos (17,06 vs 15,95; $p < 0,0001$). La puntuación de conocimientos sobre el SIDA fue mejor para los individuos sexualmente activos (26,06 vs 25,15; $p < 0,0001$), aunque al estratificar por edad, la relación sólo se mantuvo en el grupo de edad más joven (12-15 años). La actividad sexual no estaba relacionada con las actitudes, pero se asoció positiva y significativamente con el consumo de hachís en el último mes en todos los grupos de edad, así como el consumo de alcohol en los menores de 17 años, con el consumo de otras drogas fumadas y de cocaína en el grupo de 12 a 15 años, y con el consumo de pastillas en los grupos de 12 a 15 años y de 17 a 21 años.

La edad media de inicio de las relaciones heterosexuales coitales de los 221 alumnos que declararon haber tenido relaciones sexuales era de 15,7 años (desviación estándar = 1,69), habiéndose iniciado los varones un año antes que las mujeres (15,18 vs 16,19; $p < 0,0001$).

En la tabla 3 se expone el número de parejas de los 221 individuos sexualmente activos. El 43,4%

había tenido una sola pareja sexual, siendo más frecuente esta situación en las mujeres ($p < 0,0001$). El número de parejas sexuales no se asoció con la edad, los conocimientos, ni tampoco con las actitudes.

En cuanto al número de parejas sexuales desconocidas, destaca que un 18,1% de los individuos sexualmente activos había tenido relaciones sexuales con al menos un desconocido en el último año, siendo más frecuente esta situación en los varones (45,2%) que en las mujeres (9,8%) ($p < 0,00001$). Los que no habían tenido parejas desconocidas en el último año eran mayores y tenían mejor puntuación de actitudes que los demás (tabla 4).

Tabla 4. Edad, conocimientos y actitudes de los individuos sexualmente activos en función del número de parejas sexuales desconocidas en el último año

Número de parejas desconocidas en el último año	Edad media	Puntuación de conocimientos ^a	Puntuación de actitudes ^b
0	17,14*	26,34	43,92*
1	16,83	25,17	*42,44
2-4	16,00*	27,54	*37,54*
> 4	16,78	25,89	*37,89*

^a: puntuación máxima posible de 31 puntos.

^b: puntuación máxima posible de 50 puntos.

*: diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 3. Número de parejas sexuales totales y desconocidas entre alumnos sexualmente activos

Número de parejas en el último año	0	1	2-4	> 4	No contesta
Total	18 8,1%	96 43,4%	29 13,2%	26 11,8%	52 23,5%
Parejas desconocidas*	133 60,2%	18 8,1%	13 5,9%	9 4,1%	48 21,7%

* Parejas sexuales que el alumno conocía desde hacía menos de una semana.

Las proporciones de individuos sexualmente activos que habían tenido relaciones sexuales con parejas con un riesgo potencialmente más elevado de transmisión del VIH se presentan en la tabla 5. Destaca que un 3,7% y un 9,8% de los varones sexualmente activos había tenido relaciones sexuales con varones y con prostitutas, respectivamente. No hubo asociación entre la actividad sexual con parejas de mayor riesgo potencial y la edad o los conocimientos. Las actitudes eran menos positivas entre los individuos que habían tenido relaciones sexuales con usuarios de dro-

Tabla 5. Individuos sexualmente activos que en el último año han tenido relaciones sexuales con una pareja de riesgo potencialmente más elevado de transmisión del VIH

Relaciones sexuales con	Muy frecuentemente	Frecuentemente	Alguna vez	Nunca	No contesta
Alguien que se pinchara	0 0%	2 0,9%	0 0%	174 78,7%	45 20,4%
Alguien con SIDA	0 0%	0 0%	1 0,5%	173 78,3%	47 21,3%
Alguien que pudiera estar contagiado	0 0%	2 0,9%	5 2,3%	167 75,6%	47 21,3%
Alguien de tu mismo sexo*	0 0%	2 2,4%	1 1,2%	60 73,2%	19 23,2%
Prostitutas*	1 1,2%	1 1,2%	6 7,3%	54 65,9%	20 24,4%

* Sólo se han considerado los varones.

gas por vía parenteral (19,5 vs 42,98; $p < 0,0001$) y los varones clientes de la prostitución (32,88 vs 40,5; $p = 0,001$).

A la pregunta: «¿Tomas alguna precaución en tus relaciones sexuales para no coger el SIDA?» 116 de los 221 individuos sexualmente activos (52,5%) indicaron el uso del preservativo, y 21 (9,5%) el fijarse que la pareja estuviera sana. Al comparar las respuestas por sexos, destaca que la proporción de mujeres que utilizaba preservativos comparativamente con otros métodos era mayor que la proporción de varones ($p = 0,014$).

Un 51,3% de los individuos sexualmente activos (un 57% de las mujeres y un 50% de los varones) había usado preservativo siempre en el último año (tabla 6).

Sin embargo, la frecuencia de uso de preservativos no se asoció significativamente con el sexo. El uso de preservativos tampoco se asoció con la edad, los conocimientos y las actitudes consideradas globalmente, pero el haber utilizado siempre preservativo en el último año se asoció con el grado de desacuerdo con la afirmación «usar condón es aburrido» ($p < 0,0001$). Al valorar las respuestas al ítem «usar condón es aburrido» en función de si han tenido o no relaciones sexuales, se puso de manifiesto que los individuos sexualmente activos tenían una peor actitud hacia los preservativos, así un 28% de los sexualmente activos y un 10,6% de los vírgenes estaban de acuerdo o totalmente de acuerdo con este ítem ($p < 0,0001$). No se apreciaba ninguna tendencia

Tabla 6. Frecuencias de uso de preservativos en distintos períodos de tiempo, entre alumnos sexualmente activos durante dichos períodos

Frecuencia Período	Siempre	Muy frecuentemente	La mitad de las veces	Ocasionalmente	Nunca	No contesta
Esta semana	35 54,7%	2 3,1%	4 6,3%	5 7,8%	14 21,9%	4 6,3%
Este mes	56 50,9%	8 7,3%	13 11,8%	10 9,1%	18 16,4%	5 4,5%
Este verano	63 53,4%	12 10,2%	16 13,6%	9 7,6%	12 10,2%	6 5,1%
Este año	80 51,3%	22 14,1%	18 11,5%	14 9,0%	10 6,4%	12 7,7%

del uso de preservativo con el número de parejas sexuales totales.

Percepción de riesgo

Para determinar la percepción de riesgo personal, se preguntó a los alumnos «¿Crees que tú tienes posibilidades de contagiarte?», a lo que un 16% respondió que sí, un 53% que no y un 31% que no lo sabía. La percepción de riesgo personal era más frecuente en los varones (21%) que en las mujeres (12%) ($p < 0,001$), y no se asoció con la edad. La percepción de riesgo personal de contagio de infección por VIH no se asoció con el consumo actual de ninguna de las drogas, ni con la actividad sexual, ni con el número de parejas sexuales totales, ni desconocidas, ni con haber tenido relaciones sexuales con parejas de riesgo potencial.

Discusión

La información procede de una muestra no aleatoria de clases de secundaria, y por tanto, no representativa de las mismas por la posibilidad de sesgos de selección, ya que el profesorado que aceptó la intervención educativa probablemente estaba más sensibilizado sobre el tema y su alumnado puede diferir sistemáticamente de los restantes estudiantes de las dos provincias de donde proceden los alumnos estudiados. Por otra parte, la unidad de análisis (individuo) difiere de la unidad de muestreo (clase), por lo que podría estar reducida la variabilidad entre individuos de una misma clase.

En cualquier estudio de conductas sexuales y de consumo de drogas puede haber problemas con la validez de las respuestas, al percibir el encuestado que su comportamiento no es el socialmente deseado, existiendo la posibilidad de sobre o infravalorar las prevalencia de las conductas de riesgo por las preguntas dejadas en blanco o falseadas. Sin embargo, la proporción de adolescentes que no dice la verdad sobre su actividad sexual en las encuestas se ha estimado en sólo un 7%¹⁶. Asimismo, el carácter autoadministrado, voluntario y anónimo del presente cuestionario minimiza estos sesgos, salvo en las preguntas con una elevada proporción de respuestas en blanco por parte de individuos que podrían diferir sistemáticamente de los que responden.

Los resultados del presente estudio indican que en los adolescentes escolarizados las relaciones heterosexuales desprotegidas son potencialmente la principal vía de transmisión del VIH, ya que la prevalencia de uso de drogas parenterales en esta población es muy baja. Sin embargo, drogas cuya aso-

ciación con conductas sexuales de riesgo como el hachís y el alcohol ha sido descrita⁸⁻¹⁰, son consumidas por una proporción importante de la muestra (el 11,6% y el 61,7%, respectivamente) asociándose su consumo con la actividad sexual.

Los varones de nuestra muestra presentan globalmente más conductas de riesgo que las mujeres. Las siguientes diferencias conductuales de los varones adolescentes ya habían sido descritas en otros estudios: la asociación del sexo masculino con el consumo de drogas^{17,18}; el inicio de la actividad sexual un año antes que las mujeres^{14,18-20}; declarar un mayor número de parejas sexuales^{14,19,21,22}. En cuanto a las parejas de riesgo potencialmente más elevado de transmisión del VIH, destaca la proporción no despreciable de varones sexualmente activos que ha tenido relaciones sexuales con varones o con prostitutas. Contrariamente a otros estudios en que los varones declaran mayor uso de preservativos^{14,19,20,23}, en nuestra muestra tienden a usarlo más las mujeres, aunque la diferencia no es significativa. Sin embargo, la menor prevalencia de conductas de riesgo en las mujeres viene contrarrestada por la mayor eficacia de la transmisión heterosexual del VIH del hombre a la mujer, que es el doble que la transmisión de la mujer al hombre²⁴.

La proporción de adolescentes sexualmente activos de nuestra muestra es comparable a la observada en otros estudios nacionales llevados a cabo en poblaciones de individuos de la misma edad en las que es del 13 al 27%^{14,18,19,25}, y es muy inferior a la observada en los adolescentes del norte y centro de Europa y estadounidenses, cercana al 50%^{20,23,26}.

La tendencia en Europa es que, exceptuando un aumento del uso de preservativos²⁷⁻²⁹, la epidemia de SIDA ha tenido muy poco impacto en las conductas sexuales de los jóvenes en términos de actividad sexual y número de parejas sexuales. No disponemos de datos anteriores a la epidemia con los cuales comparar la conducta sexual de los jóvenes en nuestro medio. En comparación con los resultados obtenidos en la comunidad de Murcia en 1989¹⁴ con un cuestionario de características similares, y salvando el hecho que en nuestra población había una menor proporción de alumnos de Formación Profesional, el doble de nuestros alumnos tienen percepción de riesgo personal, y el uso de preservativos es mucho mayor, hechos que podrían atribuirse a una mayor presencia del tema del SIDA en las diferentes fuentes de información en el año 1993 y/o por ser Cataluña una comunidad con mayor prevalencia de personas infectadas que Murcia.

En cuanto a los posibles determinantes conductuales, el reducido número de individuos sexualmente activos de la muestra es una limitación, ya que puede ser que no se disponga de suficiente potencia estadística para establecer las relaciones entre las conductas estudiadas y sus posibles factores determinantes. La falta de asociación entre los conoci-

tos y las conductas podría deberse también a una excesiva uniformidad de los conocimientos en la población estudiada, ya que la mayoría de los encuestados conocía las principales vías de transmisión del VIH. Las actitudes eran algo menos positivas en individuos con parejas desconocidas y parejas de riesgo de transmisión del VIH potencialmente elevado. También era importante en la frecuencia de uso de preservativos una actitud positiva hacia los mismos. La percepción de riesgo no se relacionaba con las conductas, lo que podría atribuirse a la tendencia de los adolescentes a sentirse invulnerables. Para los defensores del modelo de creencias de salud, la percepción de riesgo personal es crucial para conseguir un cambio de conducta³⁰. En este sentido, Hingson halla una asociación entre la percepción de riesgo personal y el uso de preservativos¹⁰, que en nuestra muestra, si bien va en el mismo sentido, no es estadísticamente significativa, posiblemente por la falta de potencia estadística ya mencionada. Más allá de los conocimientos, las actitudes y la percepción de riesgo, se necesita una mayor información sobre los determinantes de las conductas sexuales de riesgo en nuestros adolescentes.

Se ha predicho que la tercera ola de la epidemia de SIDA, después de los varones homosexuales y los usuarios de droga por vía parenteral, serían los adolescentes³¹. Los resultados del presente estudio no nos permiten descartar esta posibilidad. Desde un punto de vista de Salud Pública nos hallamos ante la necesidad de monitorizar la epidemia del VIH en este colectivo mediante estudios de seroprevalencia, y mediante la generación, estandarización y medición de indicadores conductuales que nos permitan conocer las conductas y su evolución. Estas mediciones permitirán evaluar con mayor exactitud el riesgo de infección de la población adolescente y orientar las estrategias de prevención dirigidas específicamente a este colectivo. En este sentido, los resultados del presente estudio indican que se tendría que promocionar el

uso del preservativo entre los jóvenes, aumentar su percepción de riesgo y advertirles sobre la disminución de su capacidad de reaccionar ante las situaciones de riesgo cuando se encuentran bajo los efectos de sustancias tóxicas.

En una revisión encargada por la Organización Mundial de la Salud sobre los efectos de la educación sexual en las conductas sexuales de los jóvenes, se concluyó que la educación sexual no fomenta una mayor actividad sexual³². Los efectos son más bien retrasar el inicio de las relaciones y usar mejor los anticonceptivos. Los mejores resultados se obtienen cuando la educación sexual tiene lugar antes del inicio de la actividad sexual, cuando aún no han iniciado las conductas de riesgo infección por el VIH, según el presente estudio antes de los 15 años, ya que es más fácil enseñar conductas positivas, que intentar cambiar conductas de riesgo arraigadas. Sería conveniente que en nuestras escuelas se impartieran sistemática y universalmente clases de educación sexual en las que pueda quedar enmarcada la educación sobre prevención del SIDA. Asimismo, el médico, como figura adulta diferente a los padres, debe reconocer que puede tener un papel decisivo en las conductas sexuales del adolescente. Teniendo en cuenta que el 69% de nuestra muestra prefiere a los médicos o especialistas como fuente de información sobre el SIDA (datos no presentados), los profesionales sanitarios están en una situación privilegiada para educar sobre sexualidad y SIDA cada vez que tienen un contacto profesional con adolescentes. Con esta medida, cada año se podría llegar a más de la mitad de los adolescentes escolarizados¹⁸. Los aspectos técnicos de la entrevista al adolescente ya han sido descritos^{5,33-36} destacando como premisas que el facultativo tiene que asegurar la confidencialidad, no juzgar al paciente y sentirse cómodo hablando sobre el tema. Sería conveniente protocolizar la entrevista médico-adolescente y mejorar las habilidades de los facultativos para educar sobre sexualidad y SIDA.

Bibliografía

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Vigilància epidemiològica de la SIDA. Situació fins al 30 de juny de 1994. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1994;15: 121-31.
2. Casabona J, Blanch C, Vall M, Salvador X. Premature mortality related to AIDS among men and women in Catalonia. AIDS 1993;7:1099-103.
3. Blanch C, Casabona J, Martínez JL, Vall M, Mompert A. Evolució de la mortalitat i dels anys potencials de vida perduts per les principals causes de mort a Catalunya 1991-1992. Libro de ponencias de las «VII Jornades de la Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears». Sabadell: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears, 1994; comunicació oral A-5.
4. Hein K. AIDS in Adolescence. Exploring the Challenge. J Adolesc Health Care 1989;10:10S-35S.
5. Grant LM, Demetriou E. Adolescent Sexuality. Pediatr Clin north Am 1988;35:1271-89.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Avortament legal a Catalunya, 1993. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1994;15:143-53.
7. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Informe año 1993. Madrid, 1994.p.107.
8. Orr DP, Beiter M, Ingersoll G. Premature Sexual Activity as an Indicator of Psychosocial Risk. Pediatrics 1991;87:141-7.
9. Lowry R, Holtzman D, Truman BI, Kann L, Collins JL, Kolbe LJ. Substance Use and HIV-Related Sexual Behaviors among US High School Students: are they Related? Am J Public Health 1994;84:116-20.

10. Hingson RW, Strunin L, Berlin BM, Heeren T. Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *Am J Public Health* 1990;80: 295-9.
11. López Rois F, Couselo Sánchez JM, Fernández Lorenzo JR, Carballeira Roca C. Hábitos del consumo del alcohol entre la población infantil gallega. *An Esp Pediatr* 1985;23:573-8.
12. Villalbí JR, Comín E, Nebot M, Murillo C. Prevalence and determinants of alcohol consumption among schoolchildren in Barcelona, Spain. *J Sch Health* 1991;61:123-6.
13. Hingson R, Strunin L. Monitoring Adolescents' Response to the AIDS Epidemic: Changes in Knowledge, Attitudes, Beliefs and Behaviors. En: DiClemente R (ed). *Adolescents and AIDS. A Generation in Jeopardy*. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1992.p.17-33.
14. Ordoñana Martín JR, Gutiérrez García JJ. Sida y Adolescencia. Estudio sobre conocimientos, actitudes y conductas en relación a la infección por VIH en adolescentes escolarizados de la región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad Región de Murcia, 1991. Monografía Sanitaria 13.
15. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16:297-334.
16. Newcomer S, Udry JR. Adolescents' Honesty in a Survey of Sexual Behavior. *J Adolesc Res* 1988;3:419-23.
17. Kandel DB. Stages in adolescent involvement in drug use. *Science* 1975;190:912-4.
18. Surís JC, Parera N, Puig C. Enquesta de Salut als Adolescents de la Ciutat de Barcelona 1993. Barcelona: Unitat d'Adolescents Institut Universitari Dexeus; 1994.
19. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Estudio de actitudes, opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Salud Comunidad de Madrid 1993. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 10, p. 86.
20. Leigh BC, Morrison DM, Trocki K, Temple M. Sexual Behavior of American Adolescents: Results from a U.S. National Survey. *J Adolesc Health* 1994;15:117-25.
21. Johnson AM, Wadsworth J, Wellings K, Bradshaw S, Field J. Sexual lifestyles and HIV risk. *Nature* 1992;360:410-2.
22. Wadsworth J, Johnson AM, Wellings K, Field J. Sexual Behaviour. *Br Med J* 1993;306:582-3.
23. Michaud PA, Narring F, Dubois-Arber F, Paccaud F. Recherche romande sur la santé des adolescents de 15 à 20 ans. *Schweiz Med Wochenschr* 1993;123:1883-95.
24. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *Br Med J* 1992;304:809-13.
25. Sánchez I, Pont A, Magre J, Parès A. Condicions de vida i valors dels joves de Barcelona. En: Barcelona Societat/2 1994. Ajuntament de Barcelona.
26. Klanger B, Tydén T, Ruusuvaara L. Sexual Behavior Among Adolescents in Uppsala, Sweden. *J Adolesc Health* 1993;14:468-74.
27. Hausser D, Michaud PA. Does a Condom-Promoting Strategy (the Swiss STOP-AIDS Campaign) Modify Sexual Behavior Among Adolescents? *Pediatrics* 1994;93:580-5.
28. Wellings K. Comunicación personal. European expert meeting: how to reach youth in the outside school setting. Dutch Centre for Health Promotion and Health Education. Utrecht, Holanda; 1994.
29. Wight D. A re-assessment of health education on HIV/AIDS for young heterosexuals. *Health Educ Res Theory & Practice* 1993;8:473-83.
30. Páez Rovira D, Ubillos Landa S, Pizarro Pacheco M, León Canelón M. Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del SIDA. *Rev de Psicol Gral y Aplic* 1994;47:141-9.
31. Hein K. Commentary on adolescent acquired immunodeficiency syndrome: the next wave of the human immunodeficiency virus epidemic? *J Pediatr* 1989;114:144-9.
32. Grunseit A, Kippax S. Effects of sex education on young people's sexual behaviour. Review commissioned by the World Health Organization's Global Programme on AIDS, Geneva, 1993.
33. Surís Granell JC. Sexualidad y adolescencia: el papel del pediatra. *An Esp Pediatr* 1991;35:343-6.
34. Dimond DA. Let's talk about sex. *Contemp Pediatr* 1992;9:19-29.
35. Deisher R, Remafedi G. Adolescent Sexuality. En: Hoffman A, Greydanus D. *Adolescent Medicine*, 2nd ed. Norwalk: Appleton and Lange; 1989.p.337-46.
36. Braveman PK, Strasburger VC. The Practitioner's Role. *Clin Pediatr* Feb 1994;100-9.